

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00468&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00468. Перегляд режиму терапії лікарськими засобами у пацієнтів похилого віку

Автор: Minna Raivio

Редактор оригінального тексту: Sari Atula

Дата останнього оновлення: 2017-06-12

Основні положення

- Перегляд терапії лікарськими засобами є початковим етапом комплексної реабілітації осіб похилого віку, який направлений на збереження фізичних та психічних функціональних можливостей.
- Для пацієнтів похилого віку важливим є чіткий діагноз та такий підхід, коли лікар як вислуховує, так і обговорює призначення перед початком або зниження доз терапії лікарськими засобами - це сприяє дотриманню пацієнтом режиму прийому лікарських засобів. Основною метою терапії лікарськими засобами у пацієнтів похилого віку є покращення якості життя.
- Проблеми, які зустрічаються, включають як неефективну, що часто пов'язано з недостатньою оцінкою патології (наприклад, порушення пам'яті, захворювання серця, профілактика захворювань, біль), так і невідповідну терапію лікарськими засобами (терапія лікарськими засобами без чітких показань або лікарськими засобами, для яких ризик побічних дій переважає клінічну користь).
- Необхідно пам'ятати, що деякі симптоми можуть бути зумовлені не захворюванням, а побічною дією лікарських засобів.

- Деякі лікарські засоби та комбінації лікарських засобів часто спричиняють побічні ефекти у пацієнтів похилого віку (наприклад, бензодіазепіни пролонгованої дії, нейролептики, антихолінергічні, пероральні протидіабетичні і нестероїдні протизапальні протиревматичні лікарські засоби).
- Слід пам'ятати про можливість дегідратації та недоїдання або неповноцінного харчування у пацієнтів, які проживають як вдома, так і в спеціалізованому закладі для людей похилого віку. Для метаболізму лікарських засобів важливе значення має достатнє споживання білка з їжею. У осіб похилого віку дефіцит білка і вітамінів розвивається безсимптомно і підступно [настанова 00467 | Розлади харчування в осі...]. Слід пам'ятати, що в осіб з надмірною вагою у випадку незбалансованого раціону також може мати місце мальнутріція.

Оцінка поточної терапії лікарськими засобами

- У пацієнта запитують про будь-які рецептурні чи безрецептурні лікарські засоби терапії, які він/вона приймає (включаючи НППЗ, засоби по догляду за шкірою, вітаміни, народні засоби та очні краплі). За необхідності інформацію можна отримати від члена сім'ї або особи, яка здійснює догляд.
- У пацієнта запитують, чи приймає або чи пам'ятає він/вона про необхідність прийому кожного окремого лікарського засобу.
- З'ясувати ситуацію можна під час візиту до пацієнта додому, включаючи оцінку лікарських засобів, які зберігаються вдома.
- Недотримання лікарських призначень може бути пов'язане з поліпрагмазією, побічними ефектами, складністю прийому лікарських засобів (кілька доз на день, різні методи введення), поганим зором, зниженням пам'яті або недостатньою спритністю для відкриття контейнерів із лікарськими засобами.

Як оцінити, яка терапія лікарськими засобами необхідна

- Для пацієнта похилого віку важливим є встановлення точного діагнозу, якщо захворювання можна вилікувати або покращити стан. У більшості випадків симптоматика зумовлена не старістю. Однак, пацієнт повинен розуміти, що не всі скарги можна усунути.
- Необхідно оцінити важливість симптоматики, тобто чи не спричинить прийом лікарських засобів та їх можливі побічні ефекти більші незручності, ніж самі скарги?

- Необхідно врахувати всі аспекти, пов'язані з терапією лікарськими засобами, включаючи стан пам'яті, підтримку родичів та працівників служб соціального захисту, залежність від лікарських засобів, харчові звички та якість харчування, вживання рідини, мальабсорбцію, функції печінки і нирок, здатність до пересування і утримання рівноваги, м'язову силу.
- Доза для людей похилого віку, зазвичай, дорівнює половині дози для особи середнього віку, особливо це стосується терапії лікарськими засобами, яка застосовується у психіатрії.
- Терапію лікарськими засобами завжди починають із мінімальних доз і ведуть спостереження за пацієнтом як з метою контролю ефективності лікарських засобів, так і з метою контролю розвитку побічних явищ. Всі збільшення дози повинні бути поступовими. Появу нових ознак і симптомів слід вважати проявом побічних ефектів доти, поки не буде доведено протилежне.
- Загалом потрібен контроль терапії пацієнта лікарськими засобами та пам'ятати про взаємодію між різними лікарськими засобами. Слід приділити увагу раціону і пам'ятати про можливість прихованого вживання алкоголю.
- У осіб похилого віку важливе значення має вторинна профілактика. Є також наукові докази щодо користі первинної профілактики, яка полягає, як мінімум, у правильному харчуванні, прийомі вітаміну Д, фармакотерапії гіпертензії, вакцинації і фізичній активності.
 - При оцінці результатів прогностичних досліджень слід пам'ятати, що з методологічних причин їх часто дуже важко буває проводити серед людей похилого віку з супутніми захворюваннями. Відсутність наукових доказів не обов'язково означає відсутність користі.

Як зменшити поліпрагмазію

- Пацієнт та/або член сім'ї або особа, яка здійснює догляд, повинні бути проінформовані про всі можливі несприятливі наслідки.
- Необхідно запитати пацієнта, чи не вважає він/вона, що відміна деяких лікарських засобів терапії може призвести до проблем. Слід обговорити питання залежності (психічної або фізичної) пацієнта від терапії лікарськими засобами.
- Якщо було прийнято рішення про відміну, для посилення почуття безпеки у пацієнта, призначають контрольний огляд (бесіду в телефонному режимі).

- За наявності серйозних симптомів або в інших проблемних випадках відміну непотрібних лікарських засобів можна проводити у лікарні.
- Однак, на практиці зменшити кількість лікарських засобів терапії, які приймають пацієнти похилого віку, зазвичай важко, а достовірні дані про успішність таких заходів відсутні [доказ 02630]C]. Корекція терапії лікарськими засобами не впливає на показники смертності, однак це може зменшити кількість звернень за екстреною допомогою [доказ 07163]B].

Лікарські засоби, які не підходять або неефективні для осіб похилого віку

- У 1997 та 2003 роках група експертів з США склала перелік лікарських засобів, які потенційно небажані для використання в осіб похилого віку [веб|http://www.dcri.duke.edu...]. Враховуючи відмінності в системі охорони здоров'я та ринки лікарських засобів США і Європи, також був опублікований відповідний європейський перелік.
- *Трициклічні антидепресанти* (амітриптилін, докsepін): виражені антихолінергічні властивості, можуть спричинити сплутаність свідомості, погіршення пам'яті, затримку сечі, закрп та прогресування глаукоми.
- *Флуоксетин*: недоречний лікарський засіб СИЗС через ризик взаємодії.
- *Бензодіазепіни тривалої дії* (період напіввиведення більше 20 годин), наприклад діазепам (період напіввиведення 20-100 годин, у осіб похилого віку навіть більше) взагалі не рекомендовано застосовувати особам похилого віку. Їх можна замінити бензодіазепінами з середньою тривалістю дії.
- *Бензодіазепіни з середньою тривалістю дії* (період напіввиведення 5-20 годин): доза в осіб похилого віку повинна бути менше половини нормальної дози.
 - Рекомендована максимальна добова доза теназепаму - 15 мг, лоразепаму - 3 мг, оксазепаму - 60 мг, алпразолам - 3 мг. Тріазолам взагалі більше не рекомендований для застосування у осіб похилого віку, його доступність в аптеках також обмежена.

Коментар експерта. Лікарський засіб тріазолам станом на 27.05.2019 в Україні не зареєстрований.

Коментар експерта. Лікарські засоби темазепам та оксазепам станом на 27.05.2019 в Україні не зареєстровані.

- *Снодійні засоби короткої дії:* рекомендована максимальна добова доза зопіклону становить 3,75-7,5 мг, для золпідему - 5 мг. Золпідем не рекомендовано пацієнтам з порушенням пам'яті.
- Типові *нейролептики* (левомепромазин, перфеназин) мають більш виражений антихолінергічний і екстрапірамідний ефекти, ніж нейролептики другого покоління. Однак, обидва лікарські засоби призводять до збільшення загальної смертності, а також є факторами ризику розвитку пневмонії, порушення мозкового кровообігу і смерті внаслідок серцево-судинної патології.

Коментар експерта. Лікарський засіб перфеназин станом на 27.05.2019 в Україні не зареєстрований.

- *Декстропропоксифен:* вузький терапевтичний діапазон

Коментар експерта. Лікарський засіб декстропропоксифен станом на 27.05.2019 в Україні зареєстрований лише у складі комбінованих лікарських засобів.

- *Індометацин:* підвищений ризик розвитку побічної дії на ЦНС та ШКТ, ніж в інших НППЗ.
- *Дизопірамід:* виражена антихолінергічна дія

Коментар експерта. Лікарський засіб дизопірамід станом на 27.05.2019 в Україні не зареєстрований.

- *Дигоксин:* виражена антихолінергічна дія Його доза не повинна перевищувати 0,125 мг.
- *Гідроксизин, спазмолітики для ШКТ:* виражена антихолінергічна дія, часто викликають седативний ефект.
- *Похідні ерготаміну:* ефективність не доведена.
- Лікарські засоби терапії необхідні пацієнтам похилого віку, іноді можна замінити на інші лікарські засоби з менш вираженими побічними ефектами, наприклад:
 - бензодіазепіни тривалої дії замінюють на лікарські засоби з середньою тривалістю дії, наприклад, на оксазепам
 - НППЗ замінюють на парацетамол
 - антихолінергічні трициклічні антидепресанти замінюють антидепресантами наступного покоління

- низькодозовані нейролептики, що викликають ригідність, замінюють на атипові нейролептики.
- Побічні явища лікарських засобів не слід лікувати іншим лікарським засобом, наприклад, ригідність і тремор, спричинені терапією нейролептиками, не потрібно лікувати антипаркінсонічними лікарськими засобами.
 - При запамороченні у пацієнтів похилого віку не використовують симптоматичну терапію лікарськими засобами.

Недостатня терапія лікарськими засобами

- Похилий вік сам по собі не є протипоказанням для потенційно ефективного лікування - часто навпаки, це справді так!
- Приклади ситуацій, коли терапію слід посилити:
 - Лікування ішемічної хвороби серця і ведення хворих після інфаркту міокарда повинно включати профілактичне застосування терапії лікарськими засобами з доведеною ефективністю, наприклад, статинів. Дуже часто при ішемічній хворобі серця пацієнти похилого віку отримують лише симптоматичну терапію лікарськими засобами (нітрати).
 - Больовий синдром часто недооцінюють, внаслідок чого при хронічному або онкологічному болю призначають неадекватну терапію лікарськими засобами.
 - Фармакотерапія при депресії стала більш ефективною, однак такі пацієнти потребують підтримуючої терапії та відвідувань груп підтримки для осіб похилого віку, особливо для полегшення відчуття самотності.
 - Вітамін D підвищує м'язову силу, покращує рівновагу і міцність кісткової тканини, однак пацієнти часто забувають про необхідність прийому без нагадування лікаря.
 - Необхідна діагностика і лікування остеопорузу.
 - В основному розлади пам'яті діагностуються досить точно, але іноді несвоєчасно через затримку обстеження. Неадекватне спостереження може також призводити до призначення некоректної терапії лікарськими засобами.

Як сприяти безпечній терапії лікарськими засобами

- У пацієнтів, які проживають вдома, потрібен щорічний контроль лікарських засобів. У спеціалізованих закладах листи призначень слід переглядати кожні три місяці. Нейролептики, анальгетики, гастропротектори і снодійні лікарські засоби, зокрема, часто залишаються в листах призначень ще довго після покращення стану. Інгібітори протонної помпи, якщо вони використовуються “на всякий випадок” протягом досить тривалого періоду в ослаблених пацієнтів похилого віку можуть викликати бактеріальну діарею.
- Необхідно користуватися калькулятором ШКФ [\[програма 00006\] GFR calculator](#) і базами даних взаємодії лікарських засобів.
- Причиною частого падіння може бути прийом лікарських засобів, які підвищують ризик падіння (нейролептики, бензодіазепіни, вазодилататори, які спричиняють постуральну гіпертензію). Недостатнє харчування також може призводити до зменшення м'язової тканини і, як наслідок, до ризику падіння.
- Слід заохочувати до використання органайзерів/боксів для таблеток, інтервал між прийомом лікарських засобів повинен бути якомога довшим, навіть за рахунок зниження ефективності.
- Наявність написаного листка призначень є корисним не лише для пацієнта і членів його сім'ї, але і для медичних працівників.
- За необхідності можна уточнити у дільничної медсестри, особи, яка здійснює догляд або членів сім'ї як пацієнт фактично використовує призначенні лікарські засоби і які побічні ефекти вони викликають.
- В деяких випадках може бути доцільним зберігання призначених лікарських засобів терапії у дільничної медсестри. Однак важливо не обмежувати самостійність пацієнтів.
- Ефективною є комплексна оцінка терапії лікарськими засобами, яку отримує пацієнт похилого віку, здійснена мультипрофесійною командою у складі геріатра і фармацевта.

Пов'язані ресурси

- Література [\[пов'язані 00277\] Reviewing an elderly pat...](#)

Джерела інформації

- R1. Kaur S, Mitchell G, Vitetta L et al. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *Drugs Aging* 2009;26(12):1013-28. [PubMedID|19929029]
- R2. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel.. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2015;63(11):2227-46. [PubMedID|26446832]
- R3. Jyväkorpi S. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. Academic dissertation 2016, University of Helsinki [веб|https://helda.helsinki.f...].
- R4. Hill-Taylor B, Walsh KA, Stewart S et al. Effectiveness of the STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) criteria: systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *J Clin Pharm Ther* 2016;41(2):158-69. [PubMedID|26990017]
- R5. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015;44(2):213-8. [PubMedID|25324330]
- R6. Chen Y, Zhu LL, Zhou Q. Effects of drug pharmacokinetic/pharmacodynamic properties, characteristics of medication use, and relevant pharmacological interventions on fall risk in elderly patients. *Ther Clin Risk Manag* 2014;10():437-48. [PubMedID|24966681]

Настанови

- [Настанова 00467](#). Розлади харчування в осіб похилого віку.

Калькулятори й анкети

- [Програма 00006](#). GFR calculator.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 02630](#). Reducing medications in the elderly.
Дата оновлення: 2007-08-26
Рівень доказовості: C
Резюме: It may be difficult to discontinue medications once started.
- [Доказовий огляд 07163](#). Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality.
Дата оновлення: 2016-04-22
Рівень доказовості: B
Резюме: Medication review appears to reduce emergency department contacts but appears not to reduce mortality or hospital readmissions in elderly patients.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00468 Ключ сортування: 022.008 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-06-12

Автор(и): Minna Raivio Автор(и) попередніх версій статті: Kaisu PitkäläKari Eskola Редактор(и): Sari Atula
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Geriatrics Internal medicine Pharmacology

Ключові слова індексу

mesh: Aged mesh: drug safety mesh: Drug Therapy mesh: medication of an elderly person mesh: medication review
mesh: Pharmaceutical Preparations speciality: Geriatrics speciality: Pharmacology mesh: reducing medication
mesh: benzodiazepines mesh: Antipsychotic Agents mesh: Digoxin mesh: Analgesics mesh: suboptimal medication
mesh: Antidepressive Agents mesh: Prescriptions, Drug mesh: Polypharmacy mesh: Tranquilizing Agents
mesh: Drugs, Non-Prescription mesh: Coronary Disease icpc-2: A99 speciality: Internal medicine icpc-2: P19